UNO SPECCHIO PER NEMICO: DALLA DISMORFOFOBIA ALL'ANORESSIA

Antonio Virgili*

La dismorfofobia, cioè la auto-percezione di eccessivi difetti ed inestetismi del proprio corpo è una manifestazione sempre più diffusa, ciò sicuramente anche per effetto di una società che attribuisce un valore esasperato all'aspetto esteriore ed all'immagine. Se è vero che oggi l'aspetto conta spesso più del contenuto è comprensibile quante pressioni sociali e culturali siano presenti e contribuiscano a rendere più diffuso questo disturbo. Perché di disturbo si tratta, sia quando un corpo privo di evidenti difetti viene auto-percepito come non adeguato o brutto, sia quando in presenza di una, o più, lievi irregolarità rispetto ai canoni estetici prevalenti, tali irregolarità sono valutate come gravi deformazioni tali da ostacolare una normale vita di relazione sociale e sessuale.

Il termine *dismorfofobia* e le relative manifestazioni, furono descritte per la prima volta dallo psichiatra italiano Enrico Morselli nella sua opera *"Sulla dismorfofobia e sulla tafofobia"* (1891). All'epoca si trattava di un disturbo molto poco diffuso, oggi si stima che interessi tra il 2% ed il 5% della popolazione, con percentuali molto più alte in alcune fasce di età (dai 14 ai 28 anni) e tra le donne. Sebbene uno studio recente dell'Università della California abbia riscontrato che una parte delle persone con dismorfofobia presenta un disturbo nella elaborazione visiva generale, il fenomeno psicosociale più diffuso è la dismorfofobia causata da modelli perfezionistici di fisico e da tendenze sociali e culturali. Sempre più frequenti sono i segnali di una attenzione estrema al corpo ed alle sue forme, come in una regressione che porti a situazioni simili a quelle, descritte dagli antropologi, di alcune tribù africane nelle quali essendo il corpo privo di abiti, ne veniva enfatizzata ogni caratteristica ed abbondavano le decorazioni della pelle. Dal piercing all'oramai ossessivo tatuaggio, dalle capigliature eccentriche o colorate alle sempre più complesse e fantasiose decorazioni delle unghie ed alle muscolature ipertoniche, quanto sino a pochi decenni or sono era forse affidato all'abbigliamento, sembra ora direttamente doversi esibire sulla pelle e nel corpo anche nelle nostre società. Il ben-essere ha spesso lasciato il posto al bel-essere, con forme para-maniacali di attenzione ed intervento.

Dietro ed accanto a tali manifestazioni, però, si trovano spesso effetti psicologici e somatici spesso pericolosi: disturbi alimentari, diete estreme, ricorso a palestre e ad interventi estetici o chirurgici, forme depressive connesse ad alterazioni alimentari, ansia

da inadeguatezza, ed altre azioni o vissuti, come i comportamenti compulsivi, che poco o nulla si conciliano con la presunta idea del bello o del perfetto.

L'attenzione selettiva, sia implicita che esplicita, concentra ed attribuisce valore emotigeno (cioè portatore di azione emotiva) agli aspetti del proprio corpo, ciò può essere dovuto ad una percezione distorta delle forme o ad una interpretazione estrema del doversi adeguare alle mode. Le neuroscienze stanno documentando che qualora tali eventi si incrocino con qualche preesistente disfunzione nelle funzioni cerebrali quali l'iperattività dell'amigdala, od in misura minore iperattività ipotalamica ipocorticale, può verificarsi un condizionamento progressivo delle reazioni dell'amigdala a degli stimoli impliciti (quindi di fatto non visibili) eventualità che determina difficoltà di risposta ed adattamento sociale. Se a ciò si uniscono difficoltà od interferenze nelle zone orbito frontali del cervello, in particolare attraverso la via talamica, che sono quelle associate all'elaborazione emotigena, si ottengono situazioni di risposta abnorme, disadattata, potenzialmente a rischio. Parti del corpo sostanzialmente normali sono allora percepite come deformate e l'attenzione torna ossessivamente sulle forme proprie ed altrui in una comparazione ossessiva, falsata in partenza, che tende ad adottare quale riferimento modelli avulsi dal contesto quotidiano (ad esempio attori o modelle) ma ricorrenti nei mezzi di comunicazione. Se, come sottolinea il Damasio, le emozioni sono anche marcatori somatici e possono determinare sociopatie acquisite, una eccessiva presenza di marcatori od una loro azione più intensa altera, squilibrandolo, il rapporto interpersonale. In altri termini, la rincorsa a forme corporee ritenute perfette od a decorazioni somatiche "al passo con i tempi" assumono forme di reiterazione ossessiva ed alimentano azioni compulsive (cioè comportamenti od azioni che ci si sente obbligati ad eseguire).

L'adolescenza, con la fase di trasformazione morfologica del corpo umano, che cresce ed acquisisce i caratteri sessuali maturi è, anche per altri fattori, una fase delicata di passaggio che tende a concentrare, secondo le statistiche internazionali, le più alte percentuali di manifestazione di disturbi morfo-fobici. Le difficoltà ed i dubbi nell'accettare il corpo che si trasforma, che invia segnali diversi e che "deve" essere adeguato a quello degli altri od ai modelli di riferimento prevalenti. Ciò si verifica maggiormente in presenza di alcuni tratti di personalità considerati predisponenti. Questo disturbo porta abitualmente ad una valutazione negativa o molto critica di più di una parte del proprio corpo; secondo una ricerca basata su oltre 500 casi, la pelle (si pensi all'acne adolescenziale), il naso, il peso corporeo, l'addome, il seno, le cosce, i denti e le gambe, sono -in ordine decrescente- le parti del corpo delle quali le adolescenti sono meno soddisfatte.

L'anoressia nervosa è una delle conseguenze più comuni –e potenzialmente gravi- associate ad una cattiva percezione del proprio corpo. Essa colpisce prevalentemente le ragazze, essendo la differenza tra maschi e femmine tra 1 a 8 ed 1 a 10 (in altri termini, circa 85-90% degli adolescenti colpiti sono ragazze). Nei giovani adolescenti maschi è più frequente la anoressia riversa, cioè il desiderio di accrescere la propria massa muscolare.

L’anoressia connessa alla dismorfofobia è una delle patologie legate al benessere e ai modelli somatici veicolati dalla pubblicità, quindi presente prevalentemente nei Paesi ricchi. I criteri standard per una corretta diagnosi di anoressia nervosa sono principalmente dati dalla magrezza volontaria, cioè non costituzionale, che mantenga il peso al di sotto della soglia minima normale, dal forte timore di ingrassare pur essendo sottopeso, dalla costante preoccupazione per l’aspetto fisico (che continua a essere considerato insoddisfacente) ed il peso, dal rifiuto di ammettere la gravità della propria magrezza, dalla amenorrea (sospensione del ciclo mestruale) da due-tre cicli. Purtroppo vi sono altre manifestazioni che spesso sono associabili all’anoressia, quali la diminuita densità minerale ossea (osteopenia o, nei casi più gravi, osteoporosi), la diminuzione del desiderio sessuale dovuta a deficit ormonale, la diminuita capacità di concentrazione sotto stress, a volte l’ipoglicemia (per anomala secrezione dell’ormone glucagone) e la riduzione di un altro importante ormone, la somatomedina C. Altri ormoni entrano in gioco nelle relazioni di causa ed effetto, sono quelli gastrointestinali, che svolgono un ruolo importante nella regolazione neuroendocrina dell'ingestione del cibo e del senso di sazietà. La grelina è un ormone che riesce a stimolare l'appetito: un suo non corretto funzionamento potrebbe essere una causa, oltre che dell'obesità, anche dell'anoressia nervosa. Recenti studi mostrano l'influenza che i neuropeptidi della tiroide e la diminuzione della leptina, un ormone che controlla il peso corporeo, hanno sul manifestarsi dell'anoressia.

Pur con le ovvie ed ampie variazioni e differenziazioni, vari sintomi psichici possono associarsi a situazioni di anoressia nervosa, tra questi la scarsa capacità di concentrazione, forme depressive (anche con strascichi di lunga durata), ansia, uso di sostanze psicoattive, disturbi della personalità (forme evitanti ed ossessivo compulsive). Per quanto riguarda l'espressione della rabbia e dell'aggressività diretta verso gli altri, la mancanza di tale fattore è una caratteristica che contraddistingue l'anoressia nervosa dalla bulimia nervosa. Vi sono poi molte manifestazioni di tipo dermatologico che sovente colpiscono la persona anoressica, anche se nessuna di esse è caratteristica della condizione patologica. Fra di esse si ritrovano l’acne, la fragilità delle unghie, gengiviti, pelle eccessivamente secca (xerosi cutanea), infiammazioni del labbro.

Negli ultimi anni la ricerca delle cause di tali disturbi ha spostato l'attenzione nel campo della genetica, gli studi si sono concentrati su un sottotipo recettoriale della serotonina, la cui funzione può risultare alterata durante la pubertà. Un tale funzionamento anomalo si ritiene potrebbe essere una possibile causa di anoressia, ma i risultati sono ancora contrastanti. Un approccio ancora più recente allo studio delle cause dell’anoressia nervosa è stato quello delle indagini con risonanza magnetica, tale strumento di indagine ha portato a formulare la teoria del “blocco allocentrico”, che apre un nuovo possibile filone di ricerca. Si è visto che la rappresentazione del nostro corpo prende forma da due diversi sistemi di riferimento spaziale: Il sistema di riferimento egocentrico, che integra le percezioni e le sensazioni che partono dal nostro corpo, e il sistema di riferimento allocentrico, che immagazzina la nostra immagine per come la percepiamo dall’esterno

(come avviene allo specchio). Si è ipotizzato che un deficit nel processo di conversione delle informazioni corporee da egocentriche ad allocentriche, dovuto all'alterazione delle aree cerebrali deputate a questa funzione, impedirebbe alle pazienti di aggiornare la propria immagine del corpo immagazzinata nella memoria a lungo termine. In altre parole, la percezione del proprio corpo reale non riuscirebbe più a modificare la rappresentazione del proprio corpo rivissuta in terza persona attraverso la memoria: il soggetto si troverebbe ancorato a un corpo virtuale che nemmeno drastici cambiamenti del proprio corpo reale sono in grado di mutare. Questo spiegherebbe perché le pazienti con anoressia nervosa temono di ingrassare anche quando sono in condizioni di grave deperimento psico-fisico. La insoddisfazione verso il proprio corpo sarebbe quindi anche causata da quello che potrebbe essere definito una sorta di difetto di circuito. Allo stato delle conoscenze si ritiene, comunque, che ciascuna delle cause indicate possa spiegare almeno una parte delle manifestazioni della dismorfofobia.

Pubblicato in **Archives of Neurosciences and Psychosomatics,** A. II, vol. 2013

***ANTONIO VIRGILI,** Docente di Sessuologia e di Socio-psicologia dell'emergenza, Dottore Mag. in Psicologia (ind. Clinico), *MD (AM) in Integrative Medicine*, Dr. in Scienze e Tecniche Psicologiche, Specializzato in Neurosociologia ed in Sessuologia, Perfezionato in Psichiatria Sociale, Psicotecnica, Vittimologia. Consulente Sessualità tipica e atipica, Esperto in Neuroscienze applicate, Psicosomatica e disturbi traumatici. Membro: Istituto Ital. di Sessuologia Integrata, Ass. Ital. Disturbi Alimentazione e Peso, Società Ital. per lo Studio dello Stress Traumatico, Centro Italiano di Sessuologia.